Topic Review

ภาวะสับสนเฉียบพลัน การวินิจฉัย แบบประเมินและแนวทางการรักษา

พศ.พญ. กุลธิดา เมธาวศิน
หน่วยประสาทวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ องครักษ์

บทนำ

Delirium คือ อาการความคิด ความจำ และพฤติกรรมที่ผิดปกติ ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ผู้ป่วยจะขาดความใส่ใจต่อตนเองและสภาพแวดล้อม อาการแสดงจึงออกมาในรูปแบบที่ไม่สามารถรับข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน คิดวางแผนจัดการสิ่งต่างๆ ไม่ได้ และระลึกข้อมูลหรือความรู้เดิมที่เคยมีไม่ได้ ซึ่งคล้ายกับปัญหาที่พบในผู้ป่วยสมองเสื่อม แต่ต่างกันที่สมองเสื่อมเกิดจากกลไกเสื่อมสภาพของเซลล์ประสาท จึงใช้เวลานานในกระบวนการดำเนินโรคและแสดงอาการ การเปลี่ยนแปลงเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่ใช่แบบเฉียบพลัน นอกจากนี้อาการของ delirium จะเปลี่ยนแปลงสลับกันระหว่างดีและไม่ดีในระหว่างวัน ส่วนใหญ่ความผิดปกติมักเกิดขึ้นในช่วงเย็น หัวค่ำจนถึงกลางคืน ผู้ป่วยมักรู้ตัวและรับรู้สภาพแวดล้อมได้ดีในช่วงเช้าและกลางวัน แต่เริ่มสับสนจนถึงขั้นกระสับกระส่ายอาละวาดในช่วงเย็นถึงกลางคืน[1] เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่พบบ่อยในหอผู้ป่วย โดยมีอุบัติการณ์สูงร้อยละ 10-30 และพบได้มากขึ้นในผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 65 ปีเป็นต้นไป[2] ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น และผู้ป่วยต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น นำมาซึ่งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม หากได้รับการแก้ไขและรักษาอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยจะกลับมาเป็นปกติได้อย่างสมบูรณ์ เป็นสิ่งที่ต่างจากภาวะสมองเสื่อมซึ่งความผิดปกติทางความคิดความจำยังคงอยู่ไปตลอด

แพทย์ในอดีตรู้จักภาวะ delirium ครั้งแรกตั้งแต่ยุคกรีกโบราณ โดย Hippocrates เรียกภาวะนี้ว่า phrenitis ซึ่งเป็นรากศัพท์ของคำว่า frenzy หมายถึง สภาวะที่มนุษย์ไม่สามารถควบคุมความตื่นเต้นได้ หรือแสดงออกถึงความรุนแรง ป่าเถื่อน ต่อมา Celsus จึงเป็นผู้เริ่มใช้คำว่า delirium ซึ่งเป็นคำในภาษาลาติน ส่วน Galen พบว่า delirium มักเกิดขึ้นกับผู้ที่อาการเจ็บป่วยทางกายมีผลกระทบถึงสภาพจิตใจ จนกระทั่งศตวรรษที่ 19 Gowers จึงเป็นคนแรกที่ตั้งข้อสังเกตว่า อาการแสดงของ delirium นั้นมีได้ทั้งแบบซึมเงียบ และกระวนกระวาย[1]

อาการและอาการแสดงของภาวะ Delirium มีดังต่อไปนี้

1. อาการเกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน และมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างวัน (acute onset with fluctuating course) โดยอาการคงอยู่ได้นานเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน แต่จะไม่นานเกินสัปดาห์ สิ่งที่แพทย์และบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยต้องจดจำและทำความเข้าใจ คือ อาการนั้นเปลี่ยนแปลงสลับไปมาระหว่างสภาวะการรับรู้ที่เป็นปกติ และสับสน ดังนั้น การประเมิน delirium ในช่วงเวลาที่ต่างกันของวัน สามารถให้ผลการประเมินที่แตกต่างได้ ส่วนใหญ่การรับรู้และความคิดของผู้ป่วยจะเป็นปกติในช่วงเช้าและกลางวัน ในช่วงบ่ายหรือเย็นจะเริ่มเปลี่ยนแปลงและแสดงออกถึงอาการสับสนอย่างชัดเจนในช่วงกลางคืน ด้วยเหตุนี้ จึงต้องทำการประเมินเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยหายจากอาการสับสนอย่างสมบูรณ์

2. อาการขาดสมาธิ (attention deficits) ถือเป็นอาการหลักของ delirium ผู้ป่วยจะขาดความสนใจ ไม่เอาใจใส่ต่อสิ่งกระตุ้นหรือสภาวะแวดล้อมที่สำคัญในขณะนั้น และถูกดึงความสนใจได้ง่ายจากสิ่งกระตุ้นอื่นๆ ที่แทรกเข้ามา การตั้งใจ กำหนดจิตให้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นไปได้ยาก

3. สูญเสียกระบวนการคิดแบบเป็นระบบ (disorganized thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามขั้นตอน จึงทำงานหรือกิจกรรมใดๆ ให้สำเร็จไม่ได้ ทำงานช้ากว่าปกติมาก ข้อสังเกต ได้แก่ การพูดโดยเนื้อหาไม่สอดคล้องกับหัวข้อสนทนา และใจความไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปยังอีกเรื่องหนึ่ง พูดวกวนไปมา หรือพูดซ้ำๆ ในประโยคเดิม หรือข้อความเดิม หรือแม้แต่อาการลังเลที่จะตอบคำถามง่ายๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทั่วไป นอกจากนี้ถ้าให้ผู้ป่วยอ่านหนังสือ จะพบว่าอ่านไม่เข้าใจ ดังนั้นคำถามเพื่อประเมิน delirium จึงต้องเป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้ป่วยตอบหรือบรรยายด้วยตนเอง ไม่ใช้คำถามปลายปิดด้วยการตอบใช่หรือไม่ จึงจะสามารถพบความผิดปกตินี้ได้

4. สูญเสียการรับทราบสภาวะแวดล้อม (perceptual disturbances) ที่พบบ่อยที่สุดคือ หลงเวลา ไม่รับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ อาจรุนแรงถึงขั้นหลงผิด หรือรับรู้สิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นผิดไปจากความเป็นจริง ภาวะประสาทหลอน สามารถพบได้ในผู้ป่วยอายุน้อยและผู้ป่วยที่เริ่มต้นด้วยอาการกระสับกระส่ายกระวนกระวาย ส่วนใหญ่มักเห็นภาพหลอนที่ทำให้เกิดการตกใจกลัว และพยายามต่อสู้หรือวิ่งหนี นำมาซึ่งอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บได้ ในขณะที่ภาวะประสาทหลอนแบบที่มีหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดที่ไม่มีอยู่จริงนั้น ไม่ค่อยพบใน delirium

5. ความผิดปกติของวงจรการหลับ-ตื่น (disturbed sleep-wake cycle) เป็นอีกอาการแสดงหนึ่งที่พบได้บ่อย เป็นผลสืบเนื่องมาจากการรับรู้ช่วงกลางวันและกลางคืนที่ผิดปกติของผู้ป่วย ทำให้ง่วงนอนและหลับมากในช่วงกลางวัน แต่จะตื่น สับสน อยู่ไม่สุขจนถึงขั้นก้าวร้าว อาละวาดในช่วงค่ำ นำมาสู่ปัญหาการบาดเจ็บจากการล้ม ทำร้ายตนเอง ต่อสู้ ก่อความวุ่นวายและหลบหนีออกจากโรงพยาบาลตอนกลางคืน

6. การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (altered psychomotor activity)

พบได้สองแบบคือ แบบช้าลงหรือเคลื่อนไหวลดลง หรือ hypoactive และแบบกระสับกระส่าย กระวนกระวาย หรือ hyperactive กลุ่มนี้มักมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ผู้ป่วย delirium สามารถมีอาการได้ทั้งแบบใดแบบหนึ่ง หรือเป็นสองแบบสลับกัน

7. สูญเสียการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล และสูญเสียความจำระยะสั้น (disorientation and memory impairment) ผู้ป่วย delirium จะสูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับเวลาเป็นสิ่งแรก สับสนระหว่างกลางวัน-กลางคืน และไม่ทราบ วัน เดือน ปี ของปัจจุบัน ต่อมาจะสูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับสถานที่ ไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในโรงพยาบาล มักเข้าใจว่าอยู่บ้าน ในขณะที่ การรับรู้ด้านบุคคล ทั้งญาติสนิท และชื่อของตนเองยังคงปกติ ดังนั้นหากบุคลากรทางการแพทย์ ขาดประสบการณ์ในการประเมิน และถามเฉพาะชื่อผู้ป่วย หรือถามความจำเกี่ยวกับญาติใกล้ชิด มักพบว่าผู้ป่วยตอบได้ ทำให้เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะ delirium การสูญเสียความจำระยะสั้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ตนเองมีอาการ delirium ได้ เป็นผลสืบเนื่องจากขาดสมาธิและระบบความคิด หรือการประมวลข้อมูลของสมองเสียไป

8. ความผิดปกติด้านความคิดความจำอื่นๆ ได้แก่ ไม่สามารถจดจำวัตถุสิ่งของได้ วาดรูปไม่ได้ และเขียนหนังสือไม่ได้ โดยการเขียนหนังสือผิดปกติถือเป็นความผิดปกติทางภาษาที่ตรวจพบได้ง่ายที่สุดในผู้ป่วย delirium พบได้ทั้งตัวหนังสือมีขนาดเล็กลง การเขียนไม่ต่อเนื่อง และผิดทิศทาง เขียนคำซ้ำๆ ไปมา สะกดคำผิด และไวยากรณ์ผิด

9. ความผิดปกติด้านอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ หลงผิด หวาดระแวง และบุคลิกเปลี่ยนแปลง เช่น จากปกติเรียบร้อย เปลี่ยนเป็นก้าวร้าว ด่าทอ พูดมาก พูดหยาบคาย หยาบโลน อารมณ์เปลี่ยนแปลงสลับกันระหว่าง กระวนกระวาย อาละวาดและซึมเศร้า

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด delirium

1. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป
2. ภาวะสมองเสื่อม ความผิดปกติทางความคิด ความจำและความผิดปกติทางสมองอื่นๆ
3. ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง
4. ภาวะผิดปกติของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย
5. ความผิดปกติทางเมทาบอลิสม ไตวายและตับวาย
6. ผู้ที่มีโรคประจำตัวหลายโรค
7. ภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดติดเชื้อ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง
8. ภาวะทุโภชนาการ
9. ภาวะปอดและหัวใจล้มเหลว
10. ใช้ยาหลายชนิด โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติการใช้ยาระงับปวด ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และยา anticholinergic (ตัวอย่างเช่น trihexyphenidyl) มาเป็นเวลานาน
11. ประวัติเสพติดสารเสพติด สุราและยากล่อมประสาท
12. ผู้ที่ตาบอดหรือมีปัญหาการมองเห็น

13. ภาวะซึมเศร้าโรคจิตเภท และภาวะทางจิตเวชอื่นๆ

14. ปัญหาการนอนผิดปกติ

15. ได้รับอุบัติเหตุรุนแรง กระดูกหัก หรือแผลไฟไหม้ขนาดใหญ่

16. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ทั้งการผ่าตัดระบบกระดูกและข้อ หัวใจและหลอดเลือด ต้อกระจก และทางเดินปัสสาวะ

17. เพศชาย พบเกิดปัญหาได้บ่อยกว่าเพศหญิง

พยาธิสรีรวิทยาของ delirium[1]

ในภาวะปกติ การทำงานของสมองซึ่งทำให้มนุษย์มีสติรู้ตัว มีความคิดและความจำ ประกอบไปด้วยสองส่วนหลักคือ 1. การอยู่ในภาวะตื่นและรู้ตัว ซึ่งควบคุมโดย reticular activating system (RAS) ที่อยู่บริเวณก้านสมอง และ 2. การมีสมาธิ รับรู้ รับทราบต่อสภาพแวดล้อมและสิ่งเร้า รวมทั้งมีความคิดความจำ รู้วิธีตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งควบคุมโดย cerebral cortex หากมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับก้านสมอง จะมีผลทำให้ผู้ป่วยซึม และ coma ดังนั้นในภาวะ delirium ผู้ป่วยจึงยังต้องตื่นรู้ตัวดีในระดับหนึ่ง จนกระทั่งประเมินพบความผิดปกติของการทำงานของ cerebral cortex ได้ โดยเฉพาะการเสียสมาธิหรือขาดความสนใจต่อสิ่งเร้า สมองส่วนที่ควบคุมการมีสมาธิและความคิดความสามารถในการทำงานขั้นสูงคือ prefrontal cortex ด้านขวาหรือทั้งสองด้าน โดยทำงานเชื่อมต่อกับสมองอีกหลายส่วนได้แก่ temporoparietal cortex, limbic, thalamus และก้านสมองส่วนบน หากมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นที่สมองส่วนต่างๆ ดังกล่าว ส่งผลให้เกิด deliriumได้ และสารสื่อประสาท (neurotransmitters) หลักที่มีผลต่อการเกิด delirium คือ acetylcholine และ dopamine ดังนั้นยาทางจิตเวชและประสาทวิทยาทั้งที่ลดฤทธิ์หรือเสริมฤทธิ์ของสารสื่อประสาททั้งสองชนิด จึงเป็นสาเหตุของ delirium ได้ อย่างไรก็ตาม ยังมีสารสื่อประสาทชนิดอื่นที่มีส่วนให้เกิด delirium ได้เช่นกัน เช่น serotonin, glutamate และ histamine เป็นต้น ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติทางเมตาบอลิสม ผลของความผิดปกตินั้นรบกวนการทำงานของเซลล์สมองทั้งสมอง จึงทำให้เกิด delirium

การวินิจฉัยภาวะ delirium

เกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐานของภาวะ delirium ปัจจุบัน ยึดถือข้อกำหนดของ Diagnostic Statistical Manual of Mental disorders, fifth edition หรือ DSM V[3] ประกอบไปด้วย

1. A disturbance in attention (i.e. reduced ability to direct, focus, sustain and shift attention) and awareness (reduced orientation to the environment) : เกิดความผิดปกติของความสนใจ ทั้งไม่ใส่ใจ ไม่มีสมาธิ ไม่สามารถควบคุมสมาธิหรือความสนใจให้อยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้ เสียสมาธิได้ง่าย และไม่รับทราบสภาพแวดล้อมรอบตัว

2. The disturbance develops over a short period of time (usually hours to a few

days), represents a change from baseline attention and awareness and tends to fluctuate in severity during the course of a day : ความผิดปกติเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ตั้งแต่หลายชั่วโมง จนถึงสองถึงสามวัน โดยมีการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงในทางที่แย่ลงของความเอาใจใส่และรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจน อาการแปรปรวนระหว่างดีสลับกับไม่ดีในแต่ละช่วงเวลาของวัน

3. An additional disturbance in cognition (e.g. memory deficit, disorientation, language, visuospatial ability or perception) : เกิดความผิดปกติของความคิดและความจำ เช่น สูญเสียความจำ หลงผิดด้านเวลาและสถานที่ และสูญเสียการรับรู้ด้านมิติสัมพันธ์

4. The disturbances in criteria 1 and 2 are not better explained by another preexisting, established or evolving neurocognitive disorder and do not occur in the context of a severely reduced level of arousal, such as coma : ความผิดปกติในข้อที่ 1 และ 2 ไม่ได้เกิดจากปัญหาความจำเสื่อมที่มีอยู่เดิม และไม่ได้เกิดขึ้นขณะที่มีการลดลงของระดับความรู้สติ

5. There is evidence from the history, physical examination or laboratory findings that the disturbance is a direct physiological consequence of another medical condition, substance intoxication or withdrawal (i.e. because of a drug of abuse or to a medication), or exposure to a toxin, or is because of multiple etiologies: มีหลักฐานจากประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นนั้น เป็นผลสืบเนื่องจากโรคทางกายต่างๆ การได้รับสารพิษ การหยุดยาบางชนิดหรือสารเสพติด หรือจากหลายสาเหตุร่วมกัน

ปัจจุบัน ถือว่า DSM V criteria นั้นเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะ delirium[4] แต่การนำไปใช้ในภาคปฏิบัติยังคงยากหากผู้ประเมินไม่มีพื้นฐานความรู้ด้านประสาทจิตเวชศาสตร์ ดังนั้น ในเวชปฏิบัติ จึงมีความพยายามในการพัฒนาแบบทดสอบที่ใช้งานได้ง่ายขึ้น คือ Confusion Assessment Method หรือ CAM[5,6] ซึ่งได้รับความนิยมทั้งในเวชปฏิบัติและงานวิจัย

อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญของ delirium คือ การไม่ได้รับการวินิจฉัย แม้ว่าจะเป็นที่ทราบกันดีว่า อุบัติการณ์นั้นสูงได้ถึง ร้อยละ 20-27[7,8] ทั้งในหอผู้ป่วยทั่วไป แผนกฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยระยะวิกฤต สาเหตุของการไม่ได้รับการวินิจฉัยเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความยากในการเข้าใจอาการและอาการแสดงซึ่งเป็นอาการทางประสาทจิตวิทยา การที่อาการสามารถเปลี่ยนแปลงสลับกันได้ระหว่างดี และไม่ดี ผู้ป่วยบางรายปราศจากอาการสับสนกระวนกระวาย ผู้ดูแลซึ่งไม่ใช่แพทย์ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ delirium จึงไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรอง เป็นต้น

ดังนั้น การวางแผนดูแลรักษาภาวะ delirium จึงจำเป็นต้องสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจให้กับผู้ดูแลในทุกระดับ ร่วมกับสร้าง

เครือข่ายความร่วมมือที่ดี มีการพูดคุยและสื่อสารกันระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในแต่ละฝ่าย โดยเฉพาะการพยาบาลซึ่งรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง และผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน เพื่อให้การเฝ้าระวังและสังเกตการณ์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับสถานพยาบาลควรพัฒนาแนวทางการวินิจฉัยและรักษาภาวะ delirium เพื่อเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานและการศึกษาค้นคว้าต่อเนื่อง สอดคล้องกับนโยบายพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล และเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก[9]

Confusion Assessment Method (CAM)

เป็นแบบประเมินที่ถูกพัฒนาขึ้นในปี 1990 โดย Dr. Sharon Inoyue โดยมีวัตถุประสงค์ให้บุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลที่ไม่ใช่จิตแพทย์ใช้ประเมินภาวะ delirium ได้[5] ต่อมาจึงมีการปรับใช้ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤต และได้รับความนิยมมาก เนื่องจากมีความไวในการวินิจฉัยร้อยละ 82 และมีความเฉพาะเจาะจงสูงถึงร้อยละ 99[10] ปัจจุบันต้นฉบับของ CAM ที่ได้รับการแปลและทดสอบความเที่ยงตรง คือ ฉบับที่ได้รับการพัฒนาโดยคณะวิจัยของ Venderbilt University Medical Center ส่วนฉบับภาษาไทยได้รับการแปลและทดสอบใช้งานโดย Wongpakaran และคณะ จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งมีความไวร้อยละ 91.9 และมีความเฉพาะเจาะจง ร้อยละ 100[11] อย่างไรก็ตาม ต้องมีการฝึกอบรมวิธีการประเมินที่ถูกต้องก่อนนำไปใช้

การประเมินด้วย CAM ประกอบไปด้วย 2 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมินความมีสติรู้ตัว โดย The Richmond Agitation and Sedation Scale หรือ The RASS
2. คือการประเมินคุณลักษณะหลักทั้งสี่ประการของ delirium ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน หรือ ความผันผวนขึ้นลงของสถานะจิตใจ การขาดสมาธิไม่ตั้งใจ การเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สติ (ข้อ 1) และความคิดไม่เป็นระบบ จากนั้นจึงนำแต่ละข้อมารวมคะแนน

คู่มือประเมินภาวะสับสนในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตภาคภาษาไทย ดังภาคผนวกท้ายเอกสาร ระยะเวลาและความถี่ในการประเมิน ไม่มีการระบุเวลาแน่ชัด แต่จากแนวทางการรักษาอาการปวด กระสับกระส่าย และ delirium แนะนำให้ประเมินทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อสังเกตพบความผิดปกติ[12]

การรักษาภาวะ delirium

หลักสำคัญในการรักษาภาวะ delirium คือ แก้ไขความผิดปกติที่เป็นสาเหตุ หลักอื่นๆ ในการดูแลรักษา ได้แก่

1. หากผู้ป่วยมีอาการปวด เช่นอาการปวดในโรคมะเร็ง หรืออาการปวดจากบาดแผลอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ พิจารณาให้ยาบรรเทาอาการปวดเท่าที่จำเป็น
2. พูดคุยและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และสภาพแวดล้อม หรือจัดสถานที่พักให้เป็นสภาพที่ผู้ป่วยคุ้นเคย (ในกรณีที่สามารถทำได้) มีแว่นตา หรือเครื่องช่วยฟัง ที่

สามารถทำให้ผู้ป่วยมองเห็น ได้ยิน และรับทราบสถานการณ์รอบตัวได้มากขึ้น

3. การรักษาด้วยยา[13]

3.1 ยาที่ต้องหลีกเลี่ยง เพราะจะให้ delirium รุนแรงขึ้น ได้แก่

- Benzodiazepines[14,15] โดยเฉพาะ diazepam ทั้งยาฉีดและยารับประทาน ซึ่งแพทย์มักใช้ด้วยความคุ้นเคยรวมทั้ง midazolam ที่มักนำมาใช้โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้ป่วยหลับหรือสงบระงับอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นสำหรับ delirium ที่เกิดในภาวะอดสุรา (alcohol withdrawal) และ ผู้ที่หยุดใช้ benzodiazepine แบบเฉียบพลัน (benzodiazepines withdrawal) ถือเป็นกรณีที่สามารถให้ได้
- ยารักษาสมองเสื่อม rivastigmine[16]
- ยารักษาอาการทางจิตประสาทที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบ Torsades de pointes

3.2 ยาที่ใช้ในการสงบระงับอาการกระสับกระส่าย และอาละวาดก้าวร้าว ที่ใช้บ่อยได้แก่ haloperidol แต่อย่างไรก็ตาม ไม่มีหลักฐานทางงานวิจัยเพื่อยืนยันประสิทธิภาพ และความปลอดภัย รวมทั้งเป็นที่ทราบกันดีว่า haloperidol นั้น สามารถเกิดผลข้างเคียง extrapyramidal side effects ได้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ส่วนยาทางจิตเวชรุ่นใหม่ (atypical antipsychotics) ได้แก่ quetiapine[17], ziprasidone[18] และ olanzapine[19] มีงานวิจัยขนาดเล็กที่แสดงว่าสามารถลดระยะเวลาในการเกิด delirium ได้เช่นกัน

4. การป้องกันภาวะ delirium ดังต่อไปนี้

4.1 ค้นหาหรือคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด delirium

4.2 แม้จะต้องควบคุมพฤติกรรม ลดความกระสับกระส่าย แต่เมื่อผู้ป่วยมีความรู้สติและรับทราบสภาพแวดล้อมได้ดี ควรให้มีการเคลื่อนไหว หรือออกกำลังกาย เริ่มจาก เคลื่อนไหวเพื่อปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฝึกนั่ง ยืน และเดินตามลำดับ แม้ว่าผู้ป่วยจะยังคงใส่ท่อทางเดินหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ทีมแพทย์สามารถพิจารณากิจกรรมที่เหมาะสมได้เช่นกัน

4.3 สร้างสุขลักษณะที่ดีสำหรับการนอน เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดียิ่งขึ้น เช่น จำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยม ปรับแสงสว่างให้พอเหมาะ และปราศจากเสียงรบกวน

4.4 หากผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตเวช ควรประเมินและเริ่มยารักษาที่เหมาะสม

4.5 การป้องกันการเกิดภาวะ delirium ด้วยยา ยังมีกำหนดไว้ในแนวทางการรักษา มีเพียงผลจากงานวิจัยที่พบว่า การฉีดยา haloperidol ขนาดต่ำให้กับผู้ป่วยภายใน 12 ชม. หลังเข้ารับการผ่าตัด สามารถลดอุบัติการณ์ delirium ในช่วง 7 วันหลังการผ่าตัดได้[20] และลดทั้งอุบัติการณ์และความชุกของ delirium ในหอผู้ป่วยระยะวิกฤตได้เช่นกัน[21]

สรุป

ภาวะ delirium ถือเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่การเปลี่ยนแปลงของความคิดและพฤติกรรมที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วย

หนักที่เข้ามารับการรักษา ความยากในการวินิจฉัยหรือไม่ได้รับการวินิจฉัย เกิดขึ้นเนื่องจากลักษณะการดำเนินโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงของอาการสลับกันระหว่างดีขึ้นและผิดปกติในแต่ละช่วงเวลาของวัน ผู้ดูแลหรือบุคลากรทางการแพทย์ขาดความรู้ความเข้าในภาวะดังกล่าว หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และรักษาอย่างถูกต้อง สามารถลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างอยู่รักษาในโรงพยาบาล อันตรายจากอุบัติเหตุ และลดอัตราการเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Mendez FM, Gershfield DN. Delirium. In: Bradley GW, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J eds. Neurology in clinical practice The neurological disorders, fourth edition. Philadelphia, PA: Elsevier Inc; 2004. p29-42.
2. Brown TM, Boyle MF. BMJ 2002;325:644-7.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
4. Leonard MM, Nekolaichuk C, Meagher DJ, Barnes C, Gaudreau JD, Watanabe S, et al. Practical assessment of delirium in palliative care. J Pain Symptom Manage 2014;48:176-90.
5. Ely EW, Boehm L, Pun BT, Stollings J. the ICU delirium and cognitive impairment study group. Confusion assessment method for the ICU (CAM-ICU), the complete training manual, revised edition: March 2014. Tennesse, VA:Vanderbilt university;2002. P1-32.
6. Wei LA, Fearing MA, Sternberg EJ, Inouye SK. The Confusion Assessment Method: a systematic review of current usage. J Am Geriatr Soc. 2008;56:823-30.
7. Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RÔ, Clare J, O'Connor M, Leonard M, et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. BMJ Open 2013;3: pii: e001772. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001772.
8. Whittamore KH, Goldberg SE, Gladman JR, Bradshaw LE, Jones RG, Harwood RH. The diagnosis, prevalence and outcome of delirium in a cohort of older people with mental health problems on general hospital wards.Int J Geriatr Psychiatry 2014;29:32-40.
9. Lawlor PG, Bush SH. Delirium diagnosis, screening and management. CurrOpin Support Palliat Care 2014;8:286-95.
10. Shi Q, Warren L, Saposnik G, Macdermid JC. Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. Neuropsychiatr Dis Treat 2013;9:1359-70.
11. Pipanmekaporn T, Wongpakaran N, Mueankwan S, Dendumrongkul P, Chit-

tawatanarat K, Khongpheng N, et al. Validity and reliability of the Thai version of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). ClinInterv Aging 2014;9:879-85.

12. Pandharipande PP, Patel MB, Barr J. Management of pain, agitation, and delirium in critically ill patients. Pol Arch Med Wewn 2014;124:114-23.
13. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gêlinas C, Dasta JF, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med 2013;41:263-306.
14. Pandharipande PP, Sanders RD, Girard TD, McGrane S, Thompson JL, Shintani AK, et al. Effect of dexmedetomidine versus lorazepam on outcome in patients with sepsis: an a priori-designed analysis of the MENDS randomized controlled trial. Crit Care 2010;14:R38.
15. Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, Ceraso D, Wisemandle W, Koura F, et al. Dexmedetomidinevs midazolam for sedation of critically ill patients: a randomized trial. JAMA 2009;301:489-99.
16. vanEijk MM, Roes KC, Honing ML, Kuiper MA, Karakus A, van der Jagt M, et al. Lancet 2010;376:1829-37.
17. Devlin JW, Roberts RJ, Fong JJ, Skrobik Y, Riker RR, Hill NS,et al. Efficacy and safety of quetiapine in critically ill patients with delirium: a prospective, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. Crit Care Med 2010;38:419-27.
18. Girard TD, Pandharipande PP, Carson SS, Schmidt GA, Wright PE, Canonico AE, et al. Feasibility, efficacy, and safety of antipsychotics for intensive care unit delirium: the MIND randomized, placebo-controlled trial. Crit Care Med 2010;38:428-37.
19. Skrobik YK, Bergeron N, Dumont M, Gottfried SB. Olanzapine vs haloperidol: treating delirium in a critical care setting. Intensive Care Med 2004;30:444-9.
20. Wang W, Li HL, Wang DX, Zhu X, Li SL, Yao GQ, et al. Haloperidol prophylaxis decreases delirium incidence in elderly patients after noncardiac surgery: a randomized controlled trial*. Crit Care Med 2012;40:731-9.
21. van den Boogaard M, Schoonhoven L, van Achterberg T, van der Hoeven JG, Pickkers P. Haloperidol prophylaxis in critically ill patients with a high risk for delirium. Crit Care 2013;17:R9.